

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1963

THÈSE

1192

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Geneviève LE GALL, née LE DIVELLEC

Née le 15 décembre 1930, à Paris

Présentée et soutenue publiquement le 10 décembre 1963

Les
adéno-lymphites mésentériques
chez l'enfant

Président : M. LAMY, Professeur

IMPRIMERIE
R. FOULON & C^{ie}
29, RUE DEPARCIEUX, 29
PARIS — 1963

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Nom du Candidat : LE GALL

Nom de jeune fille : LE DIVELLEC

Prénom : GENEVIÈVE

Date de soutenance : 10 décembre 1963

Numéro d'ordre :

(Ces deux mentions seront complétées par le Service de la Bibliothèque)

LE GALL (GENEVIÈVE) née
LE DIVELLEC — Les adéno-
lymphites mésentériques chez
l'enfant. — Paris, Imp. R.
Foulon et Cie, 1963, in-8°,
35 p.

(Thèse Médec. (Etat), Paris,
1963, N°).

LE GALL (GENEVIÈVE) née
LE DIVELLEC — Les adéno-
lymphites mésentériques chez
l'enfant. — Paris, Imp. R.
Foulon et Cie, 1963, in-8°,
35 p.

(Thèse Médec. (Etat), Paris,
1963, N°).

LE GALL (GENEVIÈVE) née
LE DIVELLEC — Les adéno-
lymphites mésentériques chez
l'enfant. — Paris, Imp. R.
Foulon et Cie, 1963, in-8°,
35 p.

(Thèse Médec. (Etat), Paris,
1963, N°).

LE GALL (GENEVIÈVE) née
LE DIVELLEC — Les adéno-
lymphites mésentériques chez
l'enfant. — Paris, Imp. R.
Foulon et Cie, 1963, in-8°,
35 p.

(Thèse Médec. (Etat), Paris,
1963, N°).

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1963

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Geneviève LE GALL, née LE DIVELLEC

Née le 15 décembre 1930, à Paris

Présentée et soutenue publiquement le 10 décembre 1963

Les
adéno-lymphites mésentériques
chez l'enfant

Président : M. LAMY, Professeur

I M P R I M E R I E
R. FOULON & C^{ie}
29, RUE DEPARCIEUX, 29
PARIS — 1963

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. ALAJOUANINE (T.), AUBIN (A.), BÉNARD (H.), BINET (L.), BULLIARD (H.), CADENAT (F.), CATHALA (J.), CHABROL (E.), CHAILLEY-BERT (P.), DEBRÉ (R.), FEY (B.), GALLIARD (H.), GAUDIN (G.), D'ALLAINES (F. DE), GENNES (L. DE), HALPHEN (E.), HAZARD (R.), HEUYER (G.), LAROCHE (G.), LAVALLÉE (G.), LELONG (M.), LÉVY-SOLAL (E.), LIAN (C.), MATHIEU (P.), MONOD (R.), MOREAU (R.), MOULONGUET (P.), MOUQUIN (M.), OLIVIER (E.), PASTEUR VALLERY-RADOT, PETIT-DUTAILLIS (D.), PIÉDELIEVRE (R.), QUÉNU (J.), RICHET (C.), SENÈQUE (J.), STROHL (A.), TANON (L.), VERNE (J.)

DOYEN : Gaston CORDIER,

1^{er} ASSESSEUR : Daniel BARGETON — 2^e ASSESSEUR : Paul CASTAIGNE

I. — PROFESSEURS

1° CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) PROFESSEURS TITULAIRES :

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique . .	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.)
Biologie appl. à l'Éducation physique et aux sports .	MALMEJAC (J.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Biophysique médicale . . .	BUGNARD (L.)
	DOGNON (A.)
	DJOURNO (A.)
Cancérologie méd. et soc.	BERNARD (J.)
Chimie pathologique	SCHAPIRA (G.)
Embryologie	TUCHMANN (H.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	JOANNON (P.)
Histologie	GIROUD (A.)
Hygiène et méd. préven.	BOYER (J.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	DEROBERT (L.)

	MM.
Microbiologie (Bactériol. et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie chirurgicale . .	LAURENCE (G.)
Pathologie exotique	N...
Pathol. expér. et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	LAROCHE (Cl.)
	BRICAIRE (H.)
Pathologie respiratoire . .	TURIAF (J.)
Pathol. et thérap. générales	DEPARIS (M.)
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
Physiologie	BARGETON (D.)
	PARROT (J.)
Physiol. et pathol. obstét.	LEPAGE (F.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale .	CAUCHOIX (J.)
Thérapeutique	CONTE (M.)
Thérapeutique appliquée .	LAMOTTE (M.)

b) PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL :

Anatomie anthropologique	OLIVIER (G.)
Biochimie médicale	DESGREZ (P.)
	POLONOVSKI (J.)
Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.)
Pharmacologie	LÉVY (Mlle J.)

Physiologie	DEJOURS (P.)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L.)
	GOUGEROT (L.)
Radiologie médicale	FISCHGOLD (H.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) PROFESSEURS TITULAIRES :

Cliniques :

— carcinologique chirurg. (Necker)	REDON (H.)
— cardiol. (Broussais) . . .	SOULIÉ (P.)
— chirurgicales : <i>Beaujon</i> : LORTAT-JACOB (J.-L.); - <i>Cochin</i> : LEGER (L.); - <i>Hôtel-Dieu</i> : PATEL (J.); - <i>Pitié</i> : CORDIER (G.); - <i>Saint-Antoine</i> : GOSSET (J.); - <i>Salpêtrière</i> : SICARD (A.); - <i>Tenon</i> : OLIVIER (Cl.).	
— chirur. infant. et orthop. (Enfants-Malades)	FÈVRE (M.)
— chirurg. orthopéd. et traumatol. (Cochin)	MERLE D'AUBIGNÉ (R.)
— chirurgie cardio-vascul. (Broussais)	DUBOST (Ch.)
— chirurg. pleuro-pulmon. (Laënnec)	MATHEY (J.)
— endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J.)

Cliniques :

— Génétique médicale (En- fants-Malades)	LAMY (M.)
— gynécologique (Broca). .	HUGUIER (J.)
— maladies cutanées et syphilit. (Saint-Louis) . .	DEGOS (R.)
— maladies des Enfants (Enfants-Malades)	TURPIN (R.)
— maladies infectieuses (Claude-Bernard)	MOLLARET (P.)
— maladies mentales et de l'encéphale (Ste-Anne) . .	DELAY (J.)
— malad. métab. (Necker)	HAMBÜRGER (J.)
— maladies du sang (Broussais)	MARCHAL (G.)
— maladies du système nerveux (Salpêtrière) . .	CASTAIGNE (P.)

iniques :	MM.
médicales : <i>Broussais</i> : MILLIEZ (P.), LENÈGRE (J.); - <i>Cochin</i> : BROUET (G.); - <i>Hôtel-Dieu</i> : BARIÉTY (M.); - <i>Lariboisière</i> : SÈZE (S. DE); - <i>Pitié</i> : DREYFUS (G.); - <i>Saint-Antoine</i> : KOURILSKY (R.), BOUDIN (G.).	
d'hydrologie et de climatologie (Bichat) ..	DEBRAY (Ch.)
médicale infantile de pédiatrie sociale (Enfants-Malades) ..	MARIE (J.)
médicale propédeutique (Broussais) ..	JUSTIN-BESANÇON (L.)
médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu) ..	DEROT (M.)
neuro-chirurgie (Pitié) ..	DAVID (M.)
neurolog. (Salpêtrière) ..	GARCIN (R.)
obstétricales : <i>Baudelocque</i> : LACOMME (M.); - <i>Foch</i> (Suresnes) : MERGER (R.).	
obstétricale et gynécol. (Port-Royal) ..	VARANGOT (J.)
ophtalmol. (Hôtel-Dieu) ..	RENARD (G.)
» (Cochin) ..	OFFRET (G.)
oto-rhino-laryngologique (Lariboisière) ..	AUBRY (M.)

Cliniques :	MM.
— pédiatrie et de puéricul. (Saint-Vincent-de-Paul) ..	N...
— pneumo-phthisiologie (Laennec) ..	BERNARD (E.)
— neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière) ..	MICHAUX (L.)
— rhumatologie médicale et sociale (Cochin) ..	COSTE (F.)
— stomato. (Salpêtrière) ..	DECHAUME (M.)
— thérapeutique chirurg. (Vaugirard) ..	ROUX (M.)
— thérapeutique médicale (Saint-Antoine) ..	LEMAIRE (A.)
— toxicologique ..	GAULTIER (M.)
— urologique (Cochin) ..	ABOULKER (P.)
— chirurg. orthopédique et traumatologique ..	PADOVANI (P.)
Sémiologie médicale ..	DOMART (A.)
Sémiologie et clinique chirurgicales ..	POILLEUX (F.)
Sémiologie traumatique et orthopédique ..	JUDET (R.)
Clinique urolog. (Necker) ..	COUVELAIRE (R.)
Hygiène et clinique de la 1 ^{re} enfance (Trousseau) ..	N...

b) PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL :

ydrologie et climatologie ..	GIBERTON (A.)	Médecine : AZERAD (E.); BOIR (H.); LAMBLING (A.); LHERMITTE (F.); PEQUIGNOT (H.); PER-
aladies infectieuses ..	BASTIN (R.)	RAULT (M.); SIGUIER (F.); WORMS (R.).
o-Rhino-Laryngologie ..	MADURO (R.)	Rhumatologie ..
pneumo-Phthisiologie ..	KREIS (B.)	DELBARRE (F.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGREGES ET MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES

<i>Anatomie</i> : MM. CABROL (C.); COUINAUD (C.); GILLOT (C.); HUREAU (J.).	<i>Hématologie</i> : MM. BESSIS (M.); BILSKI-PASQUIER (G.); DAUSSET (J.); DUHAMEL (G.).
<i>Anatomie pathologique</i> : Mlle GAUTHIER-VILLARS (P.) <i>pr. s. ch.</i> MM. ABELANET (R.); CHOMETTE (G.); GOUYGOU (Ch.), <i>pr. s. ch.</i> ; NEZELOFF (Ch.); ORCEL (L.); PAILLAS (J.).	<i>Histologie</i> : MM. COIJARD (R.), <i>p. s. ch.</i> ; DA LAGE; MAROIS (M.); RACADOT (J.); SCHRAMM (B.).
<i>Anesthésiologie</i> : Mme DU BOUCHET; MM. KERN (E.); VOURC'H (G.).	<i>Hydrologie</i> : MM. BESANÇON (F.); CORNET (A.).
<i>Actériologie</i> : MM. BARBIER (P.); <i>pr. s. ch.</i> ; CHRISTOL (D.); DAGUET (G.); LE MINOR (L.); TOURNIER (P.).	<i>Hygiène</i> : MM. BLANCHER (G.); CORRE-HURST (Mme L.); ROUSSEL (A.); SAPIN-JALOUSTRE (H.).
<i>Chimie médicale</i> : MM. BAULIEU (Et.), <i>m. conf.</i> ; BOURILLON (R.); CARTIER (P.), <i>pr. s. ch.</i> ; CORNILLON (P.); DREYFUS (J.-Cl.); GONNARD (P.); JÉROME (H.); KRUH (J.); LEGRAND (J.-Cl.); NORDMANN (J.).	<i>Maladies infectieuses</i> : MM. DUPONT (V.); LISSAC (J.); RAPIN (M.).
<i>Logie appliquée à l'Education Physique et aux Sports</i> : M. PLAS (F.).	<i>Maladies métaboliques</i> : MM. ANTOINE (B.); CROSNIER (J.); RICHEL (G.); SEBAOUN (J.).
<i>Logie médicale</i> : MM. BENHAMOU (J.-P.); BOIVIN (P.); HARTMANN (L.), <i>pr. s. ch.</i>	<i>Médecine légale</i> : MM. BOURGUIGNON (A.); FOURNIER (E.); GUENOT (M.); HADENGUE (A.).
<i>Carcinologie</i> : MM. BOIRON (M.); DENOIX (P.); MATHÉ (G.); SELIGMANN (M.).	<i>Médecine du Travail</i> : M. ALBAHARY (C.).
<i>Cardiologie</i> : M. HATT (P.-Y.).	<i>Neuro-chirurgie</i> : M. PERTUISSET (B.).
<i>Dermato-Syphiligraphie</i> : MM. CIVATTE (J.); DUPERRAT (B.); HEWITT (J.); TOURAINE (R.).	<i>Neuro-Psychiatrie</i> : MM. CAMBIER (J.); CATHALA (H.); ESCOUROLLE (R.); GAUTIER (J.-Cl.); LAPRESLE (J.); LEREBoullet (J.); PICHOT (P.); TARDIEU (G.).
<i>Electro-Radiologie</i> : MM. HEITZ (F.), <i>m. conf.</i> ; LEDOUX-LEBARD (G.).	<i>Obstétrique</i> : MM. GRANJON (A.); HERVET (E.); LE LORIER (G.); LÉVY (J.); LEWIN (D.); MUSSET (R.); ROBEY (M.); SENEZE (J.); SUREAU (C.); TCHOBROUTSKY (M ^{me} C.); THOYER-ROZAT (J.).
<i>Embryologie</i> : M. ROUX (Ch.).	<i>Ophtalmologie</i> : M ^{mes} AUVERT (B.); FONTAINE (M.); MM. BRÉGEAT (P.); DUBOIS (A.); SARAUX (H.).
	<i>Orthopédie</i> : MM. DUPARC (J.); MAURER (P.); MEARY (R.); POSTEL (M.); RAMADIER (J.).
	<i>Oto-Rhino-Laryngologie</i> : MM. DEBAIN (J.); PIALOUX (P.); SERGENT (H.).

Parasitologie : MM. GOLVAN (Y.); HO THI SANG (Mlle); LAPIERRE (J.)
Pathologie chirurgicale : MM. BARCAT (J.); BINET (J.-P.); BLONDEAU (Ph.); CERBONNET (G.); CHATELIN (C.-L.); DAUTRY (P.); DEMIRLEAU; DUBOST (Cl.); FAUREL (J.); FLABEAU (F.); GALEY (J.-J.); GARBAY (M.); GARNIER (H.); GAUDART-D'ALLAINES (Cl. de); GERMAIN (A.); LATASTE (J.); LOYGUE (J.); MAILLARD (J.-N.); MERCADIER (M.); NATALI (J.); PELLERIN (D.); PERROTIN (J.); PRÉ-MONT (M.); ROBERT (H.); THOMERET (G.); VAYSSE (J.).
Pathologie exotique : M. SCHNEIDER (J.)
Pathologie expérimentale : MM. BERTHAUD (P.); COTTENOT (Fr.); LÉPER (J.), *pr. s. ch.*; MAURICE (J.); MIKOL (Cl.); PAUPE (J.-R.)
Pathologie médicale : MM. ACAR (J.); AUQUIER (L.); AUSSANNAIRE (M.); BEAUMONT (J.-L.); BERNIER (J.-J.); BOUVIER (J.); BOUVRAIN (Y.); BRISSAUD (H.); BROCARD (H.); BUGE (A.); CANIVET (J.); CARLOTTI (J.); CATINAT (J.); CHRÉTIEN (J.); CLOAREC (M.); COBLENTZ (B.); CONTAMIN (F.); COURRY (C.); DEBRAY (J.); ETIENNE (J.-P.); FREZAL (J.); FRITEL (D.); FUNCK-BRENTANO (J.-L.); GRIVAUX (M.); HAZARD (J.); HENNEQUET (A.); HIMBERT (J.); HOUSSET (E.); LAGRUE (G.); LESOBRE (R.); LEVEQUE (B.); MACREZ (C.); MOREAU (L.); NENNA (A.); NICK (J.); POULET (J.); ROYER (P.); TCHERDAKOFF (Ph.); THIBAUT (Ph.); TOURNEUR (R.); VILLIAUMEY (J.); WOLFROMM (R.).

Pédiatrie-Puériculture : MM. ALAGILLE (D.); AL-SON (J.); CANLORBE (P.); GORIN (R.); LAFOL-CADE (J.); LEPERCQ (G.); LESTRADET (H.); MALLET (R.); MANDE (R.); MINKOWSKY (A.); MOZZICONACCI (P.); POLONOVSKI (C.); REY (J.); RIBIERRE (M.); ROSSIER (A.); VIALATTE (J.);
Pharmacologie : MM. BOISSIER (J.); LECHAT (P.)
Physiologie : MM. BARRES (G.); DURAND (J.); GIRARD (Fr.), *m. conf.*; HUGELIN (A.); LAUREE (D.); SCHERRER (J.), *pr. s. ch.*; VASSEUR (B.)
Physique médicale : MM. CHANTEUR (J.); COURSGET (J.); GREMY (F.), *m. conf.*; MILHAUD (G.); PAGÈS (J.-Cl.); PELLERIN (P.); ROUCAYROL (J.-C.), *pr. s. ch.*; TUBIANA (M.), *m. conf.*
Pneumo-phtisiologie : MM. DECROIX (G.); ISRAËL (L.); MEYER (A.); RENAULT (P.); SORS (Ch.)
Psychiatrie infantile : MM. DENIKER (P.); DUCLOUX (D.); FLAVIGNY (H.).
Radiologie médicale : MM. DUBOST (J.); LEFEBVRE (J.); MICHEL (J.-R.).
Rhumatologie : M. MASSIAS (P.).
Stomatologie : MM. CAUHEPE (J.); CERNEA (P.); CHAPUT (Mme A.), *m. c. agr.*; CREPY (Cl.); FLEURY (R.); GRELLET (M.).
Thérapeutique : MM. CHASSAGNE (P.); FOUET (P.); LABET (R.); MARCHE (J.).
Urologie : MM. AUVERT (J.); MOULONGUET (A.); QUENU (L.).

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE A TITRE PERMANENT

Anatomie : M. DEBEYRE (J.).
Clinique chirurgicale : M. VERNE (J.-M.).
Clin. médic. : MM. RAMBERT (P.); THIEFFRY (S.).
Clinique obstétricale : MM. GRASSET (J.); MAYER (M.); MORIN (P.).

Clinique ophtalmologique : M. DESVIGNES (P.).
Clinique pédiatrique et puéri. : M. LAPLANE (R.).
Clinique psychiatrique : M. BARUK (H.).
Clinique urologique : M. KUSS (R.).

IV. — PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

Bactériologie : M. HAUDUROY (P.), *pr. s. ch.* | *Pathologie chirurgicale* : M. RUDLER (J.), *pr. s. ch.*

V. — CHARGES DE COURS D'HYGIENE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE

M. BOLTANSKI (E.) — M. LAUNAY (C.)

Secrétaire général de la Faculté : M. LENA (J.)
 Conseiller administratif : Mlle CHAINTREUIL (G.).
 Conservateur en Chef de la Bibliothèque, Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine : M. le Docteur HAHN (A.)

Conservateurs : Mlles DUMAITRE (P.), LE NÈS (G.), QUIÉVREUX (E.).
 Bibliothécaires : Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Mlle LAURENT (H.); Docteur SCHILLER (J.).

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MON MARI

A TOUTE MA FAMILLE

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LAMY

Professeur de Génétique Médicale
à la Faculté de Médecine de Paris
Médecin de l'Hôpital des Enfants-Malades
Commandeur de la Légion d'Honneur

*Qui nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de cette thèse.
Hommages respectueux.*

L'adéno-lymphite mésentérique constitue une entité :

— Bien définie par ses caractères anatomo-pathologiques : hypertrophie pathologique des ganglions situés entre les deux feuillettes du mésentère et sa racine, en particulier ceux de la région iléo-cæcale.

— Moins bien définie par son tableau clinique, le plus souvent trompeur et atypique et ne comprenant en fait aucun signe d'absolue certitude.

Cette affection d'une extrême fréquence chez l'enfant peut conduire à des erreurs de diagnostic graves.

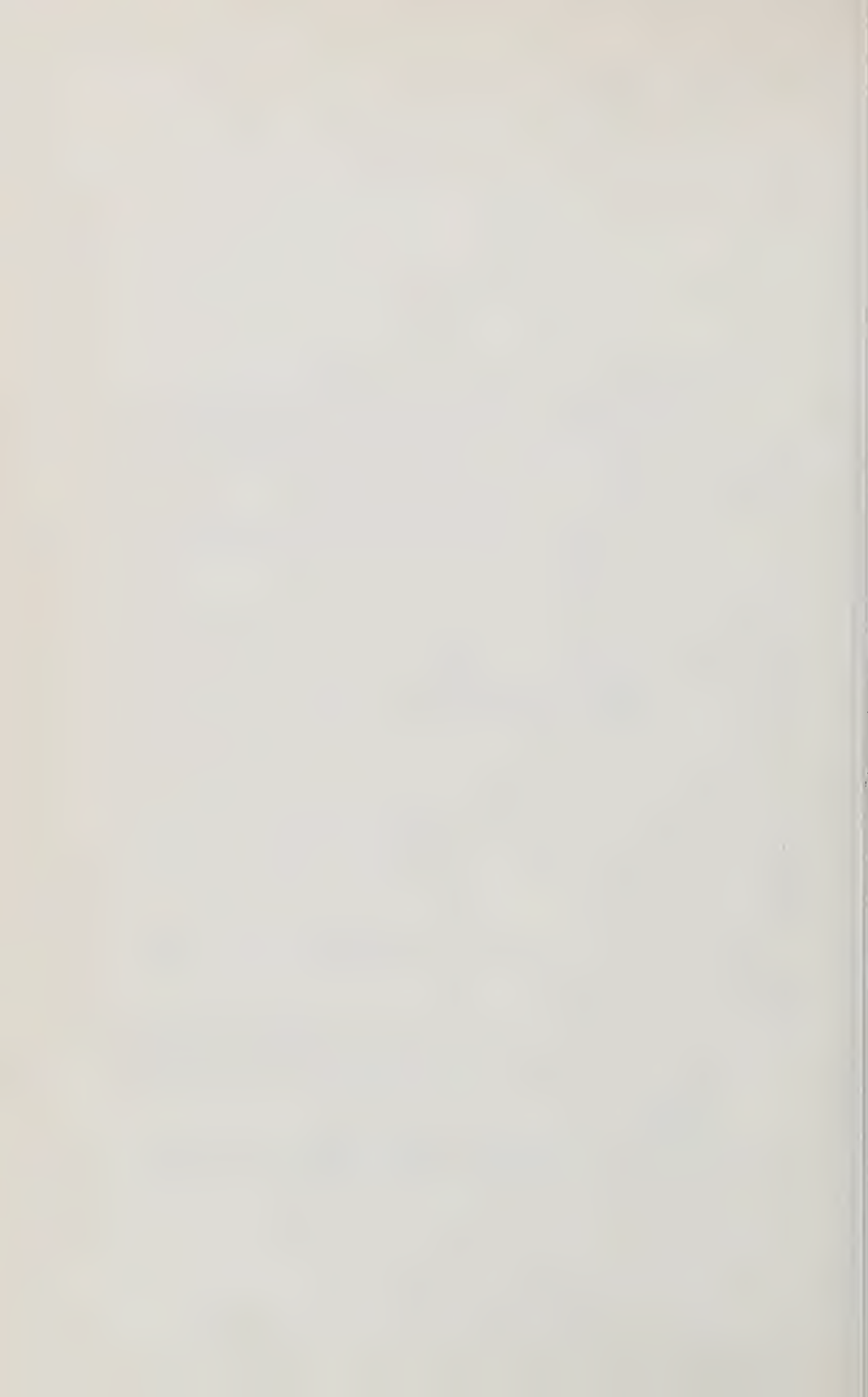
En effet, évoquer une adéno-lymphite mésentérique, c'est décider d'une thérapeutique médicale et, partant, surseoir une éventuelle appendicectomie.

Dans le doute, il sera constamment indispensable de confier le malade au chirurgien.

Au total, si l'adéno-lymphite mésentérique ne doit pas être ignorée du clinicien, il ne faut pas vouloir affirmer son existence au lit du malade, des explorations complémentaires doivent être pratiquées.

Au cours de notre étude, nous envisagerons, après un bref rappel sur l'anatomie et la physio-pathologie du système lymphatique mésentérique :

- L'étiologie des adéno-lymphites mésentériques aiguës.
- Ensuite, nous exposerons les principaux aspects cliniques de cette affection et les complications que l'on doit redouter.
- Enfin, nous terminerons notre exposé en précisant la conduite thérapeutique des adéno-lymphites mésentériques.



ANATOMIE ET PHYSIO-PATHOLOGIE DU SYSTÈME LYMPHATIQUE MÉSENTÉRIQUE

Le système lymphatique mésentérique se compose :

- de réseaux d'origine;
- de vaisseaux collecteurs;
- de relais ganglionnaires;
- de troncs lymphatiques.

I. — LES RESEAUX D'ORIGINE

Les réseaux d'origine de distribution, composés d'un véritable feutrage de capillaires originels clos aux extrémités, ne franchissent jamais les barrières épithéliales.

Prenant naissance dans les mailles du tissu conjonctif, ces capillaires blancs, munis d'une paroi propre de densité variable, suivant les organes et les régions, sont en général très nombreux.

Ils offrent une capacité égale, voire supérieure, à celle des capillaires veineux.

II. — LES VAISSEAUX COLLECTEURS

Les vaisseaux collecteurs font suite aux réseaux d'origine.

Aucune augmentation de calibre ne vient pour autant compenser une réduction numérique assez considérable.

Contrairement à ce qui se passe pour le système circulaire, la capacité des vaisseaux collecteurs n'est pas forcément proportionnelle à la capacité des vaisseaux d'origine.

C'est ainsi que l'on trouvera des canaux grêles — placés à l'origine des membres et chargés pourtant d'évacuer la lymphe drainée sur un énorme territoire — côtoyant des veines gonflées comme des fleuves.

III. — LES GANGLIONS

Les ganglions placés comme relais sur le trajet des vaisseaux collecteurs qui s'y capillarisent.

Ils sont entourés d'une capsule et formés d'amas de cellules : lymphoïdes; lymphocytes; petits, moyens et grands mononucléaires.

Le tout groupé en nappes réticulées et en cordons médullaires, ils offrent à l'examen l'aspect de centres germinatifs créateurs d'éléments embryonnaires appelés « follicules clairs ».

Ils sont parcourus de sinus ou voies lymphatiques intraganglionnaires.

Ces sinus sont en communication avec les vaisseaux lymphatiques afférents et efférents.

IV. — LES TRONCS

Ils ont pour rôle de ramener la lymphe dans le courant sanguin.

On en compte deux chez l'homme :

- le canal thoracique;
- la grande veine lymphatique.

a) *Le canal thoracique* prend son origine d'un réservoir de chyle appelé « citerne de Pecquet », devant les deuxième et troisième vertèbres lombaires.

Il se termine par un orifice, muni d'une paire de valvules complètes, directement dans la veine sous-clavière gauche.

Bien qu'il assure pendant la traversée du thorax le drainage des deux tiers de la masse corporelle et celui de tout l'intestin, son calibre moyen n'est que de 2 millimètres.

b) *La grande veine lymphatique*, plus étroite encore, très courte, se jette à l'union des veines sous-clavière et jugulaire droites.

Les rôles de ce système lymphatique sont au nombre de quatre (LAURENCE) :

- rôle de drainage;
- rôle de ramassage;
- rôle de filtration ou d'épuration;
- rôle de liquidation.

1) RÔLE DE DRAINAGE

L'appareil lymphatique accueille dans les capillaires des réseaux d'origine une forte quantité de liquide interstitiel : eau et électrolytes, dont le peuplement par des molécules protidiques et des éléments figurés essentiellement leucocytaires fait de la lymphe.

On notera une circulation très lente au niveau des réseaux qui deviendra plus rapide dans les vaisseaux collecteurs. En fonctionnement physiologique, le débit est faible. Il ne devient élevé que dans certaines circonstances particulières.

2) RÔLE DE RAMASSAGE

Les lymphatiques captent les particules inertes, tels que poussières, colorants, particules protéiques, débris cellulaires, et notamment les cellules cancéreuses (d'où les métastases lymphatiques des cancers), sans oublier les bactéries.

Ils exercent constamment une besogne de nettoyage tissulaire.

On utilise cette propriété pour obtenir d'eux le transport de certains agents thérapeutique, du chrome radio-actif, par exemple, jusqu'au relais ganglionnaires.

3) ROLE DE FILTRATION OU D'ÉPURATION

Le système lymphatique le doit essentiellement aux ganglions et aux diverses formations lymphoïdes.

Les particules, solides, cellules et bactéries, sont fixées et la lymphe épurée est restituée en partie aux espaces interstitiels, en partie aux canaux sus-jacents.

La fixation est normalement suivie de la destruction.

4) ROLE DE LIQUIDATION

Le rôle de liquidation doit être étudié en même temps que le rôle de drainage et d'épuration, car ils sont par leurs fonctions mêmes, indissociables.

Cytolyse et fonction d'arrêt sont des plus importantes.

Les cellules vieilles du parenchyme ganglionnaire, les mononucléaires sénescents ou altérés apportés par le courant sont englobés par les grands mononucléaires, par les cellules du réticulum et par les moyens mononucléaires, par ceux du centre clair des follicules en particulier, quelquefois par les cellules endothéliales du revêtement des sinus. Tous les débris de cellules et de globules rouges, les poussières, les grains de pigment apportés au ganglion sont ainsi arrêtés et détruits.

« Le système lymphatique de l'intestin, et tout particulièrement celui de la région iléo-cæcale, se caractérise par une extrême richesse et une non moins grande activité. » (LAURENCE)

La richesse tient à ce que la paroi intestinale ne comporte pas seulement des réseaux d'origine, mais aussi des « formations lymphoïdes ».

Il existe en effet, à côté des ganglions, de nombreuses formations microscopiques lymphoïdes, dites formations folliculaires incomplètes.

Ces formations se retrouvent sur l'intestin grêle, le cæcum, l'appendice — appelée aussi plaque de Peyer tubulée, selon H. GOUGEROT —, le côlon.

Elles ne vont guère au-delà de la muqueuse de l'intestin grêle terminal.

Elles s'y composent en deux groupes distincts :

- a) Les follicules clos, isolés ou groupés en plaque de Peyer.
- b) Le molleton lymphoïde interposé entre les tubes glandulaires muqueux et la sous-muqueuse.

« L'appareil lymphoïde de l'intestin est donc un vaste ganglion lymphatique diffus, "étalé" sur toute la longueur de la muqueuse intestinale. » (LAURENCE.)

ÉTIOLOGIE DES ADÉNO-LYMPHITES MÉSENTÉRIQUES

Les connaissances étiologiques concernant les adéno-lymphites méésentériques sont encore très réduites.

Récemment, H.-H. MOLLARET a rappelé les différentes étiologies possibles de cette maladie.

Il peut paraître étonnant que les informations à propos de l'étiologie d'une affection aussi courante soient aussi pauvres.

Cela tient à ce que les explorations visant à préciser l'étiologie sont rarement pratiquées.

Même si un examen anatomo-pathologique est réalisé, il est rarement complété par des recherches bactériologiques et virologiques.

Certaines adénopathies méésentériques sont consécutives à une cause locale manifeste :

- appendicites;
- tumeurs abdominales;
- lésions cæcales;
- lésions de l'iléon terminal.

D'autres adénites méésentériques s'observent au cours de maladies générales ou de maladies infectieuses variées.

Beaucoup plus intéressantes sont les adéno-lymphites méésentériques en apparence primitives. Un certain nombre d'agents infectants peuvent en être à l'origine. Deux sont maintenant bien connus et fréquents. Ce sont :

- le bacille de Malassez et Vignal;
- les adéno-virus.

D'autres sont plus exceptionnels, comme :

- les salmonelles;
- le bacille de Koch;
- certains parasites intestinaux.

1) LE BACILLE DE MALASSEZ ET VIGNAL

Le bacille de Malassez et Vignal a été découvert par les auteurs qui lui ont donné leur nom en 1883. Il a été rangé dans le genre *Pasteurella*.

Ce groupe comprend le bacille de la peste qui possède avec le bacille de Malassez et Vignal des caractères communs.

Ce bacille est souvent confondu avec le bacille de Koch ou avec le *Corynebacterium pseudo-tuberculosis* (bacille de Preisz et Nocart), ou encore avec les agents des pseudo-tubercules.

Ainsi les dénominations du bacille de Malassez et Vignal, qu'il s'agisse de *Pasteurella pseudo-tuberculosis* ou de bacille pseudo-tuberculeux, doivent-elles être supprimées pour faire place à la seule appellation dénuée de possibilité de confusion : *bacille de Malassez et Vignal* (H.-H. MOLLARET).

« En 1910, H. ALBRECHT isolait le bacille de Malassez et Vignal d'un amas ganglionnaire iléo-cæcal dont l'aspect tuberculeux comme l'importance avaient entraîné une exérèse partielle de l'iléon, du cæcum et du mésentère chez un garçon de quinze ans opéré pour appendicite aiguë.

« L'examen histologique des ganglions y révélait les abcès que, quarante-quatre ans plus tard, W. MASSHOFF et W. DOLLE devaient individualiser comme l'image anatomo-pathologique habituelle de cette affection.

« Au mérite de cet isolement, ALBRECHT ajoutait celui d'avoir vérifié la présence d'anticorps spécifiques dans le sérum de son malade et le premier d'en avoir établi la labilité et la courbe dans le temps : de 1/1.280^e après l'intervention, le taux des anticorps tombait à 1/160^e à la sixième semaine. » (MOLLARET.)

Cette observation princeps d'adéno-lymphite mésentérique, due au bacille de Malassez et Vignal, regroupait tous les signes de cette affection :

- symptomatologie appendiculaire;

- prédominance des adénopathies mésentériques dans la région iléo-cæcale;
- lésions associées du cæcum et de l'iléon terminal;
- découverte du germe dans les ganglions;
- anticorps présents dans le sang circulant, spécifiques et fugaces;
- origine animale de la maladie avec un réservoir de virus constitué par les rongeurs et un hôte intermédiaire variable pour chaque cas.

Ce n'est que quarante ans plus tard que G. LAURENCE et G. SABATIER attiraient à nouveau l'attention sur cette affection due au bacille de Malassez et Vignal.

2) LES ADÉNO-VIRUS

A côté du bacille de Malassez et Vignal, le deuxième agent susceptible d'être à l'origine des adéno-lymphites mésentériques est constitué par les adéno-virus. Ils sont de connaissance récente.

En raison du caractère saisonnier et de leur association avec des manifestations rhino-pharyngées, conjonctivales ou trachéo-bronchiques, on avait depuis longtemps suspecté l'origine virale de certaines adénites mésentériques.

3) ETIOLOGIES PLUS RARES

Ce sont :

— *Les bactéries* de toutes espèces qui peuvent se rencontrer dans les cultures ganglionnaires.

Si certaines sont sans signification, d'autres méritent discussion.

— *Les streptocoques*, assez souvent isolés, se trouvent en même temps dans la gorge et dans les ganglions des malades.

Il semble bien qu'ils soient responsables, eux aussi, d'une maladie en deux temps.

— *Les salmonelles* se rencontrent dans différentes conditions.

On retiendra surtout l'adénite typhoïdique cliniquement primitive, ou d'autres salmonelles dans les ganglions mésentériques de sujets n'ayant présenté ni signes mésentériques, ni signes typhoïdiques.

On a pu également isoler *Salmonella typhi murium* ou *Salmonella enteritidis* dans les ganglions de sujets possédant en outre des anticorps à un taux élevé.

— *La tuberculose* classique est fréquente, selon certains, pour lesquels l'adénite mésentérique serait une forme de primo-infection.

En fait, la tuberculose est exceptionnellement responsable d'adénites aiguës primitives ou isolées.

— *La Shigella dysenteria*, généralement responsable des formes appendiculaires de la dysenterie bacillaire.

— *Le charbon intestinal* — exceptionnellement responsable, lui aussi, des adénites mésentériques.

— *Les parasites intestinaux* — dont le rôle est difficile à préciser en raison de leur fréquence chez l'enfant.

Il est peu probable que les parasites, quels qu'ils soient, puissent isolément être cause d'adénite, mais il est certain qu'ils peuvent jouer un rôle favorisant vis-à-vis d'autres agents bactériens.

— Il faut noter le *Toxoplasme* dont l'isolement à partir d'un ganglion mésentérique a démontré son rôle comme agent d'adénite mésentérique aiguë.

Telles sont donc actuellement les étiologies démontrées de l'adénite mésentérique.

Elles ne rendent compte malheureusement que de 40 % des cas — au plus.

La grande majorité nous échappe donc encore et relève seulement des hypothèses.

ASPECTS CLINIQUES

Nous envisageons successivement les tableaux suivants :

- I — Forme classique.
- II — Forme banale.
- III — Forme élective ou maladie invaginante de Laurence qui comprend trois éléments :
 - a) le rythme douloureux;
 - b) l'accompagnement infectieux;
 - c) les signes abdominaux.
- IV — Signes particuliers dus au bacille de Malassez et Vignal.
- V — Signes particuliers dus aux adéno-virus.

I. — FORME CLASSIQUE

BERTRAND et CREYSSEL ont tracé un tableau simple, en fonction de conceptions classiques de l'adénopathie mésentérique.

On notera que les adéno-lymphites mésentériques aiguës peuvent présenter tous les aspects, allant de la simple réaction inflammatoire jusqu'à l'adéno-phlegmon.

Ces adéno-lymphites mésentériques créent au niveau du péritoine différents degrés de retentissement :

- exsudation de liquide séreux;
- péritonite;

- pus;
- abcès localisés;
- péritonite par perforation.

Exceptionnellement, ces lésions peuvent entraîner la mort. Il faudrait alors que le sujet soit en état septicémique, en occlusion, ou qu'il fasse un infarctus mésentérique d'origine veineuse.

On reconnaît généralement une cause locale à ces adénites mésentériques aiguës; elle est alors :

- soit apparente (appendicite, iléite, diverticulite);
- soit disparue (lésion cicatrisée de la muqueuse).

Cliniquement, la symptomatologie de ces adénites est variable.

a) Les signes généraux sont généralement accusés :

- hyperthermie importante;
- tachycardie.

b) Les signes fonctionnels sont ceux d'un syndrome abdominal aigu :

- vomissements, accompagnés soit de diarrhée, soit au contraire d'arrêt des matières et des gaz. Le malade se plaint de la région ombilicale, des reins, parfois nettement de la fosse iliaque droite.

c) A l'examen, fait important, la palpation ne montre pas de contracture véritable, mais seulement une défense à la palpation appuyée de l'abdomen. Pas d'hyperesthésie cutanée.

d) Ainsi une douleur postérieure spontanée, les quelques signes particuliers de l'examen passent très souvent inaperçus et, le plus souvent, si l'on écarte le diagnostic de péritonite, c'est à l'appendicite aiguë, banale ou ectopique que l'on pensera.

II. — FORME BANALE

Très fréquente en chirurgie infantile, au point que l'on vérifie l'adéno-lymphite même en présence de signes discrets.

SABATIER, en 1950, a tracé de l'adéno-lymphite, sous sa forme banale, un tableau pathologique en deux points :

a) Infection du carrefour aéro-digestif supérieur, plus ou moins manifeste, avec adénite sous-angulo-maxillaire et réaction adénoïdienne régionale.

b) Infection intestinale par déglutition des germes qui atteignent la région iléo-cæcale, l'appendice, passent à travers les muqueuses lésées ou non et propagent une lymphangite, puis une adénite mésentérique.

« *L'aspect clinique habituel* est le suivant : l'enfant est amené parce qu'il souffre du ventre. Souvent les douleurs sont localisées du côté droit, en général pas d'une façon précise dans la zone appendiculaire, car leur maximum est souvent péri-ombilical, d'où le nom de colique ombilicale. Souvent aussi, elles sont plus diffuses, à la fois gauches et droites, plutôt basses que hautes. Leur intensité est extrêmement variable, le plus souvent moyenne ou légère. Il arrive qu'elles exacerbent en paroxysmes séparés par des intervalles de sédation complète.

« Un interrogatoire bien conduit révèle généralement l'existence d'antécédents douloureux analogues. L'enfant a souvent présenté un ou plusieurs vomissements, parfois de simples nausées.

« Le transit intestinal demeure habituellement normal, mais diarrhée ou constipation sont possibles.

« Rien de plus variable que la température : souvent élevée (39-39°5) en flèche, d'autres fois normale ou subnormale.

« L'état général ne paraît pas atteint. Le visage se congestionne parfois. Une vésicule d'herpès peut marquer la lèvre, mais c'est rare.

« Dans l'ensemble, ce tableau clinique de l'adénolymphite mésentérique infantile est loin d'être alarmant.

« L'examen de l'abdomen révèle une douleur provoquée plus ou moins vive, parfois diffuse, souvent changeante, souvent péri-ombilicale, volontiers majorée au niveau de la fosse iliaque droite.

« Le ventre respire bien, se météorise discrètement, reste souple. Si l'on perçoit, dans certains cas, une résistance musculaire, il ne s'agit que de défense discrète, variable, localisée. Il ne s'agit jamais de contraction vraie.

« Le toucher rectal réveille une sensibilité assez vive.

« Une note particulière, plus spécifique, serait quelquefois fournie par la découverte d'une splénomégalie. Les auteurs nord-américains y insistent, mais il n'est pas habituel de relever ce symptôme dans les observations françaises.

« Ce qui frappe, par contre, c'est la fréquence d'une infection portant sur les voies aériennes supérieures, en particulier pharynx et amygdales, qu'il s'agisse d'angines aiguës franches ou simplement de grosses amygdales avec ou sans végétations adénoïdiennes, avec ou sans adénopathies sous-maxillaires.

« L'examen hématologique révèle en règle une leucocytose oscillant entre 15 et 25.000 avec polynucléose plus ou moins nette.

« Des chiffres plus élevés sont possibles et une ascension à 40.000 ou même au-delà ne signifie pas nécessairement ce qu'elle signifie d'ordinaire, c'est-à-dire qu'une association ou une complication infectieuse sont en cours et que le stade de l'adénolymphite pure est dépassée. »

SABATIER conclut son exposé de la manière suivante :

« En résumé, le tableau clinique est assez décevant. C'est, en gros, celui d'une appendicite aiguë ou subaiguë avec la variabilité qu'on lui connaît, surtout chez l'enfant.

« On peut cependant soupçonner le diagnostic. Sur quels arguments ? Les douleurs para-ombilicales assez diffuses, l'absence de contracture et surtout l'existence d'une angine. Mais rien ne permet d'éliminer l'appendicite et ce serait une faute grave de l'éliminer » (**LAURENCE**)

III. — FORME ELECTIVE OU MALADIE INVAGINANTE DE LAURENCE

Elle réalise un tableau généralement suggestif, évoquant éminemment le diagnostic d'adéno-lymphite.

Ce tableau clinique réunit trois éléments assez caractéristiques :

- la chronologie des douleurs;
- les signes généraux d'accompagnement;
- les signes abdominaux.

1) LA CHRONOLOGIE DES DOULEURS

Elle revêt une allure caractéristique au cours de la journée, une périodicité assez typique dans le semestre ou l'année en cours, une évolution assez stéréotypée dans le cours de l'existence.

Comme l'ont écrit ALBOT et POILLEUX :

« La journée voit les crises ou accès, le semestre ou l'année voient les poussées, la vie voit le commencement et la fin de l'histoire. »

Dans la journée, les crises se succèdent à un rythme variable, mais se présentent toujours de la même façon, celle d'une invagination intestinale a minima : début brutal, soudain, par une douleur abdominale diffuse.

Celle-ci interrompt l'enfant dans son jeu, le plie en avant. Elle est sujette à paroxysmes sous forme de coliques traduisant l'hyperpéristaltisme intestinal.

Après dix ou quinze minutes, aussi soudainement qu'elle s'est installée, la crise disparaît, sans laisser le moindre endolorissement, et l'enfant reprend ses jeux.

Il aura ainsi, dans l'intervalle des crises, un comportement absolument normal.

Au cours de l'année, le groupement des crises en poussées n'en est pas moins typique.

Ces poussées, chronologiquement, ressemblent un peu aux poussées ulcéreuses gastro-duodénales, évoluant par période d'environ trois semaines séparées par des périodes d'accalmie complète.

On note habituellement une recrudescence saisonnière des crises, au printemps et à l'automne.

L'éventualité de l'affection est enfin assez caractéristique, elle durera dix-huit mois à deux ans, en moyenne, puis tout rentrera dans l'ordre.

2) LES SIGNES GÉNÉRAUX D'ACCOMPAGNEMENT

Le syndrome infectieux accompagnant les poussées d'invagination, est assez évocateur bien que variable.

Il se situe toujours au début d'une poussée, coïncidant avec les premières crises douloureuses.

Il s'agit :

- soit d'une infection rhino-pharyngée banale ;
- soit d'une amygdalite véritable ;
- soit d'une trachéo-bronchite ;
- soit enfin d'une gastro-entérite.

3) LES SIGNES ABDOMINAUX

Ils constituent, avec les précédents, une triade assez typique.

L'examen de l'abdomen, réalisé avec doigté et patience, conclut à un abdomen douloureux dans son ensemble, mais, par ailleurs, absolument normal, sans douleur provoquée en un point plus précis, sans contracture, sans matité ni, au contraire, tympanisme excessif.

Parfois on aura, exceptionnellement il est vrai, la chance de sentir à bout de doigt les adénopathies responsables.

Lorsqu'ils se trouvent ainsi réunis, ces différents symptômes de la maladie invaginante peuvent — il serait excessif de dire, doivent — faire évoquer le diagnostic d'adéno-lymphites.

IV. — SIGNES PARTICULIERS DUS AU BACILLE DE MALASSEZ ET VIGNAL

C'est surtout au tableau clinique que l'adénite mésentérique à bacille de Malassez et Vignal s'individualise nettement par son début presque toujours brutal et son absence habituelle de prodromes.

En règle générale, le tableau réalisé comprend :

- un syndrome douloureux abdominal aigu ;
- une douleur provoquée au point de Mac Burney ;
- fréquemment une défense pariétale ;
- quelquefois une hyperleucocytose avec polynucléose ;

— exceptionnellement des signes rhino-pharyngés trachéo-bronchitiques ou conjonctivaux.

Le diagnostic d'adénite mésentérique est rarement posé.

En pratique, c'est sous celui d'appendicite aiguë que l'intervention est habituellement décidée.

Dans la grande majorité des cas, l'adénite mésentérique à bacille de Malassez et Vignal reste une découverte opératoire.

Si cette forme appendiculaire est de loin la plus fréquemment rencontrée (65 fois sur 80), d'autres doivent être connues :

- formes révélées par une invagination;
- formes tumorales;
- formes de l'adulte;
- formes para-typhoïdiques.

Il faut également noter les cas survenant chez les enfants déjà opérés de l'appendicite. La constatation d'une cicatrice écartant la crainte du danger appendiculaire peut amener à temporiser, mais la persistance et l'intensification progressive des douleurs entraînent finalement l'intervention chirurgicale.

Le diagnostic étiologique est basé sur :

a) La mise en évidence du germe par culture à partir d'un ganglion est évidemment le critère le plus sûr.

b) L'examen anatomo-pathologique, pratiqué sur un ganglion fixé sitôt la mise en culture effectuée, y révèle les lésions classiques.

c) La séro-agglutination constitue également une excellente méthode, à condition de ne prendre en considération que des taux égaux ou supérieurs au 1/200^e, et surtout d'être effectuée comparativement sur deux échantillons de sang au moins. Il faut nécessairement que ces échantillons de sang soient prélevés à huit jours d'intervalle, le premier au jour même de l'intervention.

d) L'intra-dermo-réaction représente le dernier élément diagnostique.

V. — SIGNES PARTICULIERS DUS AUX ADENO-VIRUS

Ils sont de connaissance récente.

Complet, le tableau clinique réalise une maladie caractéristique en deux temps :

a) Phase hautement fébrile : atteinte des muqueuses pharyngées et conjonctivales.

b) Phase abdominale : nausées et vomissements; crises douloureuses évoluant par paroxysmes courts mais intenses.

CONDUITE THÉRAPEUTIQUE DEVANT UNE ADÉNO-LYMPHITE MÉSÉNTÉRIQUE

Il est bien évident que la conduite thérapeutique est avant tout dictée par la certitude du diagnostic.

Mais peut-on affirmer une adéno-lymphite mésentérique et s'en tenir devant une telle affirmation à un traitement purement médical ?

Il semble, avec la majorité des auteurs, qu'il vaille mieux confier le malade au chirurgien, car même un tableau typique peut fort bien masquer une appendicite aiguë, et c'est là le problème diagnostique majeur et véritablement angoissant, étant donné la gravité d'une appendicite aiguë chez l'enfant.

Mieux vaut intervenir pour une adéno-lymphite mésentérique banale que de surseoir l'intervention et de laisser évoluer une appendicite aiguë véritable dont l'évolution est, d'heure en heure, aggravée.

Au total, un syndrome abdominal aigu chez l'enfant impose de mettre ce dernier sous surveillance chirurgicale.

L'appendicite aiguë n'est pas la seule erreur de diagnostic possible :

- une diverticulite aiguë;
- une invagination intestinale aiguë;

peuvent simuler une adéno-lymphite mésentérique.

Ces deux affections imposent encore une fois un geste chirurgical salvateur.

Ainsi, l'adéno-lymphite mésentérique, bien qu'affection médicale vraie, devient par crainte d'une erreur de diagnostic une affection chirurgicale.

On peut même dire qu'une incision de Mac Burney s'impose.

L'incision pratiquée, c'est l'exploration de l'abdomen qui doit être minutieuse.

Il ne faut évidemment pas se contenter d'enlever un appendice plus ou moins congestif, mais rechercher les adénopathies mésentériques et dérouler 80 cm de grêle à la recherche d'un diverticule de Meckel.

Nous pouvons pour éclairer encore cette exploration, retraduire les termes mêmes que G. LAURENCE utilise pour décrire le geste chirurgical :

« C'est ici le moment de rappeler qu'il est malséant d'enlever les appendices par des incisions si petites qu'on soit sûr de ne rien voir d'autre si l'objet encombre le champ, et sûr de tâtonner aussi laborieusement qu'aveuglément s'il est enfoui à côté.

« Tout chirurgien digne de ce nom sait que l'incision trop petite constitue une faute, mais tant que les familles mesureront l'habileté des opérateurs à la brièveté des cicatrices, les exérèses "à la frayer" ne disparaîtront pas de la pratique.

« Le bon chirurgien fera donc une incision raisonnable, comme celle qu'il aimerait qu'on lui fît à lui-même et comme celle qu'il aimerait qu'on fît à sa femme, s'il est aussi bon mari que bon chirurgien.

« Sauf contre-indications nées d'un état pathologique tout à fait particulier tel qu'un abcès localisé, il appréciera l'allure et la consistance du cæcum, l'allure et la consistance de l'iléon; il recherchera l'existence d'un diverticule de Meckel en déroulant 80 cm de grêle; il vérifiera s'il existe ou non des ganglions dans le mésentère.

« Chez l'enfant en particulier, ces investigations constituent le minimum exigible, la conduite routinière. Elles ne préjugent pas des limites de l'exploration complémentaire que peut rendre indispensable telle ou telle circonstance particulière.

« Au cours de cette "exploration", le chirurgien enregistre l'état du péritoine inflammatoire ou non inflammatoire, l'existence ou l'absence d'un épanchement séreux clair, l'épaisseur des mésos, tantôt plats, tantôt infiltrés d'œdème sans être gras, tantôt gras et bien difficile à interroger, enfin et surtout, l'allure, le volume, le nombre, la localisation des adénopathies. Une fois le ventre refermé, beaucoup conseillent

un traitement antibiotique d'une douzaine de jours à base de streptomycine associée ou non à la pénicilline.

« Il n'y a là rien qui soit indispensable, les cas non traités guérissent à peu près comme les autres. Mais ce geste est logique, probablement utile et peut être conseillé de manière tout à fait légitime.

« Dans les suites opératoires, certains enfants continuent à présenter des crises douloureuses, d'autres au contraire en sont délivrées. »

Pour commenter cette étude théorique, nous emprunterons à la littérature médicale deux observations d'adéno-lymphite mésentérique que LAURENCE cite dans son exposé.

• *Notre première observation* est due au Docteur Jacques REIGNIER, du Mans.

Le jeune H... Yves, âgé de quinze ans, qui habite chez ses parents dans la région de Sille-le-Guillaume, nous est adressé le 17 janvier 1960 parce qu'il présente des douleurs iliaques droites, un peu en dedans du Mac Burney.

Le médecin traitant émet deux diagnostics :

- celui d'une appendicite banale ;
- celui d'un diverticule de Meckel.

En tout cas, rien dans le tableau clinique n'impose une décision chirurgicale urgente.

L'abdomen est souple, légèrement sensible dans la fosse iliaque droite. Le malade n'a pas vomi, sa température est de 37°5.

Les parents insistent, par contre, à juste titre, sur le mauvais état général de leur fils. Depuis trois semaines il est fatigué, il a maigri, il n'a pas d'appétit, il présente le soir une température fréquemment voisine de 38°.

C'est un fait : ce jeune homme est pâle, et paraît fatigué.

Cela nous incline davantage à nous abstenir provisoirement de toute intervention.

Dès le lendemain sont faits les examens suivants :

1° Une formule sanguine qui donne les résultats suivants :

- G.R. : 4.400.000 ;
- G.B. : 11.200 avec 68 % de polynucléaires neutrophiles ; 2 % de polyéosinophiles ; 14 % de lymphocytes ; 10 % de moyens monocytes ; 6 % de monocytes.

2° Une vitesse de sédimentation :

- 28 mm dans la première heure;
- 56 mm à la seconde.

3° Une cuti-réaction à la tuberculine, qui sera négative.

4° Une scopic pulmonaire qui est normale.

Quatre jours plus tard, le 21 janvier, aucun fait nouveau ne s'est produit. Une sensibilité persiste dans la fosse iliaque droite.

On décide d'intervenir et de faire une appendicectomie.

Intervention normale, banale, appendice libre, non enflammé, iléon normal, présence dans le mésentère d'un seul ganglion visible, de la grosseur d'une noix.

Le diagnostic de tuberculose est à nouveau évoqué. Un traitement de streptomycine est commencé le jour de l'intervention.

Trois jours plus tard, le malade fait un clocher thermique à 39°5. Il a un point de côté thoracique droit, un épanchement pleural et une opacité radiologique de la partie externe de la base droite. Le liquide d'épanchement est séro-fibreux, à Rivalta, fortement positif. Il contient 40 % d'albumine et, au point de vue cytologique :

- 82 % de polynucléaires;
- 6 % de lymphocytes;
- 12 % de cellules endothéliales;
- aucun germe à l'examen direct, ni après culture.

Le diagnostic de tuberculose semble trouver là une confirmation. A la streptomycine sont associés le cortancyl, le rimifon, le P.A.S.

En quarante-huit heures, la température redescend à la normale.

- Une nouvelle cuti-réaction s'avère négative.
- L'intra-dermo réaction l'est également.
- La sédimentation est à 46 mm pour la première heure, 75 mm à la seconde.

Instruit par la lecture d'une communication sur deux cas d'adénite mésentérique à bacilles pseudo-tuberculeux, nous pensons à ce diagnostic et faisons pratiquer les recherches nécessaires.

Bien entendu, devant la négativité persistante des tests tuberculiniques, le rimifon et le P.A.S. ont été supprimés.

De même, le cortancyl a été arrêté dès la guérison de l'épanchement. Seule la streptomycine, à raison de 1 g par jour est poursuivie, car elle

est efficace contre le bacille pseudo-tuberculeux et nous y associons le sultirène.

Le 2 février, nous recevons du laboratoire la confirmation de notre hypothèse :

- sérodiagnostic positif au 1/10.000^e avec *Pasteurella pseudo-tuberculosis*, type 4;
- sérodiagnostic positif au 1/2.000^e avec *Pasteurella pseudo-tuberculosis*, type 22.

A ce moment le malade est pratiquement guéri et apyrétique.

Il conserve seulement une diminution de transparence au niveau du cul-de-sac pleural droit.

Il quitte la clinique le 6 février, et se porte bien depuis cette date.

• *Notre deuxième observation* est due au Professeur agrégé FOURRIER, de Clermont-Ferrand.

Enfant AU... Roland, dix ans, hospitalisé le 24 décembre 1959, présente depuis quelques jours des poussées douloureuses avec constipation alternant avec diarrhée, des vomissements. La température est normale.

A l'entrée : température à 37°, pouls 120, langue saburrale, vomissements importants depuis la veille.

Abdomen souple, mais légère défense de la fosse iliaque droite. T.R. négatif.

A noter quelques petites taches pétéchiâles sous-cutanées.

— *Intervention* : Incision de Mac Burney, un peu de liquide clair à l'ouverture du péritoine. Appendice sub-normal. Ectomie, enfouissement. Vérification de la fin du grêle : la dernière anse est très épaissie, indurée, avec parois ecchymotiques sur une longueur de 15 cm.

Le mésentère couvert de pétéchiâs est véritablement truffé de ganglions inflammatoires de la taille d'une grosse noisette.

Un examen histologique d'un de ces ganglions n'a montré que des lésions inflammatoires banales.

Suites opératoires normales (sous couvert de pénicilline : 1 million; streptomycine : 1 g par jour).

Un séro-diagnostic de Widal (typhique-paratyphique) est négatif. Par contre, le séro-diagnostic pratiqué par le Docteur H. MOLLARET est

positif : 1/100^e au type V, et 1/500^e-1/1000^e au type II de *Pasteurella pseudo-tuberculosis*.

Après deux jours, apparaissent alors sur tout le corps de nombreuses pétéchies qui nous font penser à un purpura rhumatoïde de Henoch.

Cependant, il n'y a pas d'hépatomégalie, ni de splénomégalie, pas de douleurs articulaires.

Les examens sanguins ne montrent que peu de chose :

- Le 29 décembre 1959 : leucocytose à 14.000 avec 75 % de polynucléaires;
- Le 4 janvier 1960 : leucocytoses à 9.600 avec 50 % de polynucléaires;
 - temps de saignement : 4,30 mn;
 - temps de coagulation : 12 mn;
 - plaquettes : 220.000;
 - vitesse de sédimentation : 56 mn après la première heure;
 - enfin, signe du lacet : pas de fragilité anormale des capillaires.

Au bout de quelques jours, le purpura régresse progressivement et, le 12 décembre 1960, il a totalement disparu.

A ce moment, le séro-diagnostic au *Pasteurella pseudo-tuberculosis* est devenu négatif.

L'enfant ne présente plus aucun signe clinique anormal.

Les deux observations que nous avons précédemment rapportées confirment bien l'attitude thérapeutique — presque univoque — qu'il convient d'avoir en cas d'adéno-lymphite mésentérique.

C'est-à-dire la vérification opératoire :

- de l'appendice;
 - du mésentère;
 - de l'existence d'un diverticule de Meckel.
-

CONCLUSION

Les adéno-lymphites mésentériques ont depuis quelques années donné lieu à de nombreux travaux, en particulier ceux de G. LAURENCE.

La symptomatologie de cette affection ressemble, à s'y méprendre, au tableau d'une appendicite aiguë.

Etant donné l'extrême variabilité des signes de l'appendicite chez l'enfant, il est certain qu'il est exceptionnel que le diagnostic d'adéno-lymphite mésentérique soit immédiatement retenu.

Comme le dit LAURENCE, le plus souvent, rien ne permet d'éliminer l'appendicite et ce serait une faute grave de l'éliminer.

Un seul tableau mérite une mention spéciale, c'est la maladie invaginante de Laurence, marquée par une chronologie particulière des douleurs, des signes infectieux et un examen négatif de l'abdomen.

Au total, le plus souvent, l'histoire d'une adéno-lymphite mésentérique commencera comme dans les deux observations que nous citons, par une appendicectomie. Ce n'est que rétrospectivement que le diagnostic d'adéno-lymphite sera confirmé après des examens sérologiques.

Vu, le Doyen :
CORDIER

Vu, le Président de Thèse :
LAMY

Vu et Permis d'imprimer,
le Recteur de l'Académie de Paris :
ROCHE

BIBLIOGRAPHIE

- ALBOT (G.) et POILLEUX (F.). — Le mésentère. (Masson et Cie éd., 1963.)
- BONNARD (E.G.). — Adénite mésentérique toxoplasmique. (*Revue Médicale de la Suisse Romande*, 1961, 81, pp. 535-558.)
- BUFFARD. — Les iléites lymphoïdes terminales. (*Revue du Praticien*, 1^{er} février 1962, t. XII, n° 4, pp. 427-435.)
- CHÉRIGIÉ. — Etude radiologique des iléites folliculaires. (*Revue du Praticien*, 1^{er} février 1962, t. XII, pp. 371-388.)
- DEMINAL. — L'adénite mésentérique aiguë de l'enfant. (*Thèse de Médecine*, 1961.)
- FÈVRE. — Adéno-lymphites mésentériques et appendicite. (*Revue du Praticien*, 1^{er} février 1962, t. XII, n° 4, pp. 407-416.)
- HANNOUN (G.). — Le rôle des adéno-virus dans l'étiologie de l'adéno-mésentérique. (*Presse Médicale*, 1961, 69, pp. 671-672.)
- KNAPP (W.). — *Pasteurella pseudo-tuberculosis* unter besonderer Berücksichtigung ihrer human medizinische Bedeutung. (*Ergeb. der Mikrob.*, 1959, 26, pp. 196-269.)
- LABBÉ (G.) et CHIGOT (P.L.). — Invagination intestinale et adéno-lymphite mésentérique. (*Revue du Praticien*, 1^{er} février 1962, t. XII, n° 4, pp. 417-424.)
- LAURENCE (G.). — Anatomie, physiologie et physio-pathologie du système lymphatique mésentérique. (*Revue du Praticien*, 1^{er} février 1962, t. XII, n° 4, pp. 337-345.)

- Adéno-lymphites mésentériques et phénomènes de Reilly. (*Revue du Praticien*, 1^{er} février 1962, t. XII, n° 4, pp. 347-352.)
 - Aspects cliniques des adéno-lymphites mésentériques. (*Revue du Praticien*, 1^{er} février 1962, t. XII, n° 4, pp. 355-364.)
 - Comportement opératoire et thérapeutique. (*Revue du Praticien*, 1^{er} février 1962, t. XII, n° 4, pp. 367-368.)
- LELONG (M.). — La toxoplasmose acquise. (*Archives Françaises de Pédiatrie*, 1960, 17, pp. 280-331.)
- LÉONARD (P.). — A propos de l'adénopathie mésentérique. (In *Mésentère*, Masson et Cie éd., 1963, pp. 137-140.)
- MOLLARET (H.-H.). — L'étiologie des adénites mésentériques aiguës. (*Revue du Praticien*, 1^{er} février 1962, t. XII, n° 4, pp. 391-405.)
- L'adénite mésentérique aiguë à *Pasteurella pseudo-tuberculosis*. (*Presse Médicale*, 1960, 68, pp. 1375-1378, 1447-1450, 1485-1488.)
 - Bilan étiologique actuel de l'adénite mésentérique aiguë. (*Mémoires Ac. Chir.*, 1961, 87, pp. 293-301.)
- WEILL (J.). — Causes et significations pathologiques de l'adénite mésentérique. (In *Mésentère*, Masson et Cie éd., 1963, pp. 115-122.)
- Enquête épidémiologique au cours des adénites mésentériques. (In *Mésentère*, Masson et Cie éd., 1963, pp. 123-124.)

